

S 12 KA 10/05

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 10/05

Datum

07.03.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Ein Honorarverteilungsmaßstab einer Kassenärztlichen Vereinigung, der ein Regelleistungsvolumen für ambulante Operationen vorsieht, muss nicht jeden Wechsel einzelner Mitglieder einer Praxis berücksichtigen. Es ist noch vom Gestaltungsspielraum des HVM-Normgebers gedeckt, grundsätzlich am Fortbestand einer Gemeinschaftspraxis anzuknüpfen, da im Regelfall der Versorgungsumfang auch bei einem Wechsel einzelner Mitglieder sich nicht verändert.

2. Angesichts einer extrabudgetären Vergütung zu festen Punktwerten ist es nicht zu beanstanden, dass hierfür feste Regelleistungsvolumen vorgesehen werden, die auf frühere Abrechnungsquartale Bezug nehmen (vgl. BSG, Urt. v. 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) -, [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#) = [MedR 2006, 603](#) = [NZS 2006, 667](#), juris Rdnr. 23 m.w.N.).

3. Der Streitwert bzgl. Quotierungsmaßnahmen, die letztlich nicht zur Anwendung kommen, ist auf 1.000 Euro pro Quartal festzusetzen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Sie hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

3. Die Berufung wird nicht zugelassen.

4. Der Streitwert wird auf 4.400,00 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um den Regelleistungsvolumenansatz für ambulante Operationen bei AOK-Versicherten in den zwei Quartalen I und II/03.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt a. M. Ihr gehörten bis zum 31.12.2001 die drei Dres. med. IB., EK. und V an. Vom 01.01. bis 30.09.2002 gehörte ihr ferner Dr. med. UN., ebf. Facharzt für Orthopädie, als sog. Job-Sharing-Partner des Dr. med. IB. an. Ferner schied Dr. V zum 01.01.2002 aus, der nunmehr eine Einzelpraxis führte, und es kam für ihn Herr Dr. med. R in die Gemeinschaftspraxis, der zuvor mit Herrn Dr. med. H seit Juli 1993 eine andere Gemeinschaftspraxis gebildet hatte. Zum 01.10.2002 schied Dr. med. IB. aus der Gemeinschaftspraxis aus und folgte ihm Dr. med. UN. nach.

Am 18.03.2003 beantragte die Klägerin die Aufhebung der Fallzahlbegrenzungsregelung. Eine Begrenzung auf 2.246 Scheine sei nicht gerechtfertigt. Ab 1.10.2002 habe sich eine neue Praxis konstituiert. Diese sei mit der vorherigen Praxis nicht zu vergleichen, da Dr. med. IB. bereits in den letzten Jahren sukzessive seine Tätigkeit, auch durch mehrwöchigen Urlaub reduziert habe. Im Quartal IV/01 seien Dr. med. V und Dr. med. EK. mit der Planung der jeweiligen neuen Praxis gebunden gewesen. Im Jahr 2002 sei es nur langsam zu einer Steigerung der Scheinzahl gekommen. Dr. med. R habe nicht im alten Umfang gleich tätig werden können, da ein neues Praxis-System und eine neue Organisation zu schaffen gewesen sei. So sei die vergleichsweise niedrige Fallzahl zu erklären. Sie seien wie eine neue Praxis zu behandeln, entsprechend dem dreifachen Fallzahldurchschnitt der Orthopäden. Auch beim ambulanten Operieren sei eine Begrenzung nicht gerechtfertigt. Zuvor habe nur Dr. V operiert. In der neuen Praxis würde aufgrund der aktuellen Entwicklung vermehrt ambulant operiert werden. Eine Vergleichbarkeit mit der Ausgangsbasis IV/00 und überhaupt mit der früheren Gemeinschaftspraxis sei nicht gegeben. Es würden vermehrt ambulante und stationäre Operationen mit endoprothetischen Eingriffen an Knie- und Hüftgelenk durchgeführt werden.

Mit Bescheid vom 10.02.2004 teilte die Beklagte mit, in der Fachgruppe der Orthopäden sei es in den Quartalen I/02 bis II/03 nicht zum Anstieg der Fallzahl um 1 % gekommen, so dass die sog. Fallzahlbegrenzungsregelung nicht gegriffen habe. Im Übrigen werde ab dem

Quartal III/03 auf das Basisjahr 2002 zurückgegriffen und werde die Quotierung bis zum Erreichen des arztbezogenen Durchschnittshonorars der Fachgruppe ausgesetzt. Das Regelleistungsvolumen könne nicht aufgrund der von der Klägerin angeführten Begründung erhöht werden. Für die Leistungen bei AOK-Versicherten stehe ein definierter Honoraranteil zur Verfügung, der sich aus dem Gesamtjahresbetrag von 4,78 Mio Euro anteilig berechne. Bei unverändertem Abrechnungsverhalten ergebe sich ein fester Punktwert von 5 Cent für einen Anteil von 60 % der Leistungen aus dem Vergleichsquartal. Erhöhungen würden zu Lasten der übrigen ambulant operierenden Ärzten gehen, was eine ungerechtfertigte Punktwertminderung bedeute.

Hiergegen legte die Klägerin am 26.02.2004 Widerspruch ohne weitere Begründung ein.

In den einzelnen Quartalen ergaben sich folgende Abrechnungswerte:

IV/02 I/03 II/03 III/03 IV/03

Honorarbescheid vom 20.07.2003 11.10.2003 25.10.2003

Nettohonorar in Euro 161.536,81 192.280,54 180.769,83 169.863,01 176.638,48

Bruttohonorar in Euro

Primärkassen Ersatzkassen 86.704,80 75.535,04 105.326,53 83.999,18 99.779,29 75.639,43

Honorardurchschnitt der Honorargruppe

Punktezahlvolumen nach der Frequenzstatistik

(Umrechnung der Kammer: $x 1,95583 \times 10$) 3.612.983,0 4.411.142,7 4.119.074,4

Fallzahl d. Kl. 2.646 2.994 2.943

Maßnahme nach Abschnitt 7 zu Anlage 3 zu LZ 702 Punktezahlvolumen Ausgangsquartal 2001

oberer Punktwert 2.340,0 Bl. 121 5.100,0 Bl. 166 30.468,0 Punktezahlvolumen oberer Punktwert 2.340,0 5.100,0 10.350 6.600

Punktezahlvolumen Unterer Punktwert 21.060,0 10.300,0 0 Punktezahlvolumen gesamt 23.400,0 15.400,0

Ambulantes Operieren AOK fester Punktwert 144.450,0 133.400

Bruttohonorar ist das Honorar für Primär- und Ersatzkassen ohne sonstige Kostenträger und vor Abzug von Verwaltungskosten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.12.2004, zugestellt am 23.12.2004, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie u. a. aus, eine Quotierung nach der Fallzahlbegrenzungsregelung habe nicht stattgefunden, da die Fallzahlen der Fachgruppe um weniger als 1 % gestiegen seien. Die Regelleistungsvolumenansätze für Leistungen des ambulanten Operierens bei AOK-Versicherten seien auf die vergleichbare Honorarforderung der Praxis im entsprechenden Quartal des Jahres 2001 bzw. bei dem Quartal IV/02 auf das Quartal IV/00 ausgerichtet. Im Quartal IV/02 seien Leistungen des ambulanten Operierens bei AOK-Versicherten nicht abgerechnet worden, so dass es an einer Beschwer fehle. In den Referenzquartalen I und II/01 hätten alle Mitglieder der damaligen Gemeinschaftspraxis die Genehmigung zum ambulanten Operieren besessen. Auch in den Quartalen I und II/03 besäßen alle Mitglieder der Gemeinschaftspraxis die Genehmigung. Die Genehmigungslage habe sich gegenüber den Ausgangsquartalen nicht verändert. In den nachfolgenden Quartalen III/03 bis II/04 werde eine aktuelle Gesamtforderung in der Größenordnung der Quartale I und II/03 nicht mehr erreicht.

Hiergegen hat die Klägerin am 21.01.2005 über das SG A-Stadt a. M. (Az.: S 2 AR 13/05) die Klage erhoben, das sie mit Beschluss vom 14.02.2005 an das SG Marburg verwiesen hat.

Mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 20.03.2006 hat die Klägerin die Klage hinsichtlich der Fallzahlbegrenzungsregelung zurückgenommen. Mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 24.08.2006 hat die Klägerin die Klage auf die Quartale I und II/03 begrenzt.

Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin ergänzend vor, die Entscheidung sei ermessensfehlerhaft, da dem Umstand der veränderten Zusammensetzung der Praxis keinerlei Rechnung getragen werde. Insbesondere der mehrwöchige Urlaub des Dr. IB., im Jahr 2001 insgesamt 14 Wochen, sei nicht berücksichtigt worden. Dies könne nicht auf eine fehlende Urlaubsmeldung gestützt werden. Gerade in einer Gemeinschaftspraxis würden Urlaubszeiten nicht immer gemeldet werden. Herr Dr. med. IB. habe im Jahr 2001 unterdurchschnittliche Fallzahlen abgerechnet. Auch wenn in den streitbefangenen Quartalen keine fallzahlabhängige Quotierung vorgenommen worden sei, so habe die Anerkennung der festgelegten Fallzahl jedoch erhebliche Auswirkungen auf alle anderen Begrenzungsregelungen des HVM sowie in der Zukunft. Hinsichtlich des Regelleistungsvolumens werde nicht berücksichtigt, dass fast nur Dr. med. V operiert habe. Es müsse der fachgruppenbezogene Durchschnitt bezüglich des ambulanten Operierens anerkannt werden. Eine Steigerung bis dahin müsse möglich sein.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Bescheids vom 10.02.2004 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 22.12.2004 die Beklagte zu verurteilen, sie hinsichtlich des Regelleistungsvolumenansatzes für ambulante Operationen bei AOK-Versicherten nach Abschnitt 7 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM in den beiden Quartalen I und II/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, als Folge der Schiedsamtentscheidung vom 16.08.2002 seien die Vorgaben für das ambulante Operieren im HVM angepasst worden. So habe ab dem Quartal IV/02 für 33 Operationsarten eine Einzelleistungsvergütung außerhalb des Budgets sowie für die verbliebenen weiteren 29 Operationsarbeiten eine Quotierung im Sinne des Regelleistungsvolumenansatzes gegolten. In den aktuellen wie Bezugsquartalen hätten jeweils alle drei Ärzte die Genehmigung zum ambulanten Operieren gehabt. Lediglich die Personen der Gemeinschaftspraxis hätten gewechselt. Eine Vergleichbarkeit sei gegeben. Es könne nicht überprüft werden, ob tatsächlich Dr. V fast nur operiert habe. Für das Quartal IV/02 fehle es an einer Beschwer. Innerhalb der Quartale habe es große Schwankungen gegeben. Im Quartal IV/02 seien keine Leistungen abgerechnet worden, in den Folgequartalen ab I/03 23.400 Punkte, 15.400 Punkte, 10.350 Punkte und 6.600 Punkte. In den Quartalen I und II/04 seien 12.600 Punkte bzw. 10.600 Punkte abgerechnet worden. Es gebe kein Anspruch darauf, dass die zu einer Gemeinschaftspraxis hinzukommenden Mitglieder wie Praxen behandelt würden, für die noch keine Honoraranforderung im

entsprechenden Vorjahresquartal zur Verfügung gestanden habe. Es handele sich gerade um keine "junge Praxis", wenn in eine Gemeinschaftspraxis eingetreten werde, die bereits seit Jahren bestehe.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) -). Sie konnte dies ohne mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Bescheid vom 10.02.2004 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 22.12.2004 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrags hinsichtlich des Regelleistungsvolumenansatzes für ambulante Operationen bei AOK-Versicherten nach Abschnitt 7 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM in den beiden Quartalen I und II/03 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung der KV Hessen vom 30.11.2002, veröffentlicht als Anlage zum Landesrundsreiben, Bekanntmachung – Teil 1, vom 12.12.2002, hat die Beklagte die zum 01.10.2002 novellierten Honorarverteilungsbestimmungen ergänzt und auch die zwischenzeitlich eingetretenen Änderungen, u. a. als Folge der Schiedsamtentscheidung zu einem Honorarvertrag zwischen AOK Hessen und KV Hessen für das Jahr 2001 und der erzielten honorarvertraglichen Vereinbarungen betreffend die Honorierung von neu in den EBM aufgenommenen Leistungen, in den Honorarverteilungsbestimmungen umgesetzt. Für Leistungen des ambulanten Operierens hat sie gemäß LZ 701 d bei Versicherten der Ortskrankenkassen eine neue Honorierungsstruktur eingeführt durch Einfügen eines Abschnitts 7 in Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Danach gelten ab 01.10.2003 abweichend von den Honorierungsvorgaben in den Anlagen 1 bzw. 2 zu LZ 702 betreffend die Honorierung der Honorarforderungen in den Honorargruppen A2 bzw. B2 mit einem rechnerischen Verteilungspunktwert für die nachstehend aufgeführten Honorar(unter)gruppen Sonderregelungen:

"7. Leistungen des Ambulanten Operierens gemäß Anlage 3 zu Leitzahl 701 d bei Versicherten der Ortskrankenkassen

Für Leistungen des Ambulanten Operierens gemäß Anlage 3 zu Leitzahl 701 d gelten bei Versicherten der AOK Hessen bzw. der Ortskrankenkassen folgende Bewertungsvorgaben für mit "-" gekennzeichnete Bewertungen und damit Leistungen:

1. Für ambulante Nachbetreuungen (Kennzeichnung mit "D") erfolgt die Vergütung mit einer Quote, die sich aus den Honorarforderungen aller mit "-" gekennzeichneten Leistungen und dem entsprechend der Schiedsamtentscheidung vom 16.08.2002 anteilig für das jeweilige Quartal zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag bestimmt.
2. Für alle übrigen Leistungen des Ambulanten Operierens mit Kennzeichnung "A", "B", "C" und "E" sowie mit Kennzeichnung "-" gilt bis zu einer Grenze von 60 % bezogen auf die vergleichbare Honorarforderung der Praxis im entsprechenden Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/2000) eine Quote von 100 %. Sofern im Ausgangszeitraum nur insgesamt eine Leistung mit Kennzeichnung "A", "B", "C" oder "E" sowie mit Kennzeichnung "-" zur Abrechnung gekommen ist, gilt für diese (eine) Leistung vollständig die Quote von 100 %.
3. Alle über den in Ziffer 2 genannten Rahmen hinausgehenden Honorarforderungen der einzelnen Praxis werden mit einer Quote, gebildet aus dem nach Abzug der für die Ziffern 1 und 2 notwendigen Honoraranteile von dem für das jeweilige Quartal zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag und den verbleibenden Honorarforderungen, vergütet, mindestens aber mit einer Quote von 10,2 %, maximal 35,8 % bezogen auf die Bewertungen in Anlage 3 zu LZ 701 d.
4. Ist der noch zur Verfügung stehende Honoraranteil am Verteilungsbetrag nach Abzug der Honoraranteile für die Ziffern 1 und 2 nicht ausreichend zur Erreichung einer Mindestquote von 10,2 %, so sind die Quoten nach Ziffern 1 und 2 jeweils so abzusenken, bis die Mindestquotenbedingung nach Ziffer 3 erfüllt wird. Stehen unter Beachtung der Bedingungen nach Ziffer 3 nach erfolgter Vergütung dieser Leistungen noch Honoraranteile zur Verfügung, finden diese anteilig zur Erhöhung der Quoten nach Ziffern 1 und 2 Verwendung.
5. Soweit für eine Praxis eine Honorarforderung aus dem entsprechenden Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/200) nicht zur Verfügung steht, ist der 60 %-Anteil auf die durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der Arzt-/Fachgruppe in dem betreffenden Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4. Quartal 2002: Bezugsquartal 4/2000) zu beziehen. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2001 (ausgenommen 4/2002: Bezugsquartal 4/2000) ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmt sich die Honorarforderung des entsprechenden Quartals des Jahres 2001 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in eine Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung je Arzt der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist.
6. Ergänzende Vorgaben sowie Regelungen zur Durchführung vorstehender Honorierungsbestimmungen erlässt der Vorstand."

Die Beklagte hat diese Bestimmungen zutreffend angewandt. Nach den genannten Regelungen in ihrem HVM war auf die Bezugsquartale des Jahres 2001 zurückzugreifen. Die Voraussetzungen für eine Ausnahmeregelung nach Nr. 5 in Abschnitt 7 in Anlage 3 zu LZ 702 HVM liegen nicht vor. Die Gemeinschaftspraxis bestand auch nach dem Jahr 2001 mit Praxissitz in A-Stadt a. M. fort, jeweils mit drei Behandlern, sieht man von dem zeitweisen Job-Sharing-Verhältnis ab. Die Ausnahmeregelung ist auch nicht zu beanstanden. Jeder Wechsel einzelner Mitglieder einer Praxis muss nicht berücksichtigt werden. Es ist noch vom Gestaltungsspielraum der Beklagten als HVM-Normgeber gedeckt,

grundsätzlich am Fortbestand einer Gemeinschaftspraxis anzuknüpfen, da im Regelfall der Versorgungsumfang sich auch bei einem Wechsel einzelner Mitglieder nicht verändert. Soweit die Klägerin persönliche Gründe ihrer Mitglieder anführt, liegt hierin kein Ausnahmegrund vor. Insoweit obliegt es in der Entscheidung der Gemeinschaftspraxis bzw. ihrer Mitglieder, in welchem Umfang sie sich für die vertragsärztliche Versorgung einbringen. Im Übrigen hat die Beklagte bereits im angefochtenen Widerspruchsbescheid darauf hingewiesen, dass entsprechende Urlaubsmeldungen des Dr. IB. bei ihr nicht vorliegen. Insofern kann die Klägerin nicht geltend machen, es lägen dennoch solche Urlaubszeiten vor. Diese können nur anerkannt werden, wenn sie auch gemeldet wurden. Veränderungen trägt die Beklagte in ausreichendem Maße Rechnung, da sie von Budgetierungsmaßnahmen absieht, soweit nicht ein Honorar in Höhe des Durchschnitts der Fachgruppe erzielt wird. Hinzu kommt, dass nach den von der Beklagten vorgelegten Zahlen zwar Schwankungen im Bereich des ambulanten Operierens vorliegen, diese jedoch nicht erkennen lassen, dass sie mit dem Aus- oder Eintritt eines Behandlers in ursächlichem Zusammenhang stehen. Ferner ist das strittige Regelleistungsvolumen im Quartal II/03 nicht ausgeschöpft worden, so dass es für dieses Quartal schon an einer Beschwerde fehlt. Im Übrigen wird auf die Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid, S. 6 verwiesen, denen die Kammer folgt ([§ 36 Abs. 3 SGG](#)).

Auch ist der HVM in dem hier maßgeblichen Teil nicht zu beanstanden. Er beruht auf einem Strukturvertrag mit der AOK Hessen. An dessen Vorgaben ist die Beklagte bei der Honorarverteilung gebunden. Angesichts einer extrabudgetären Vergütung zu festen Punktwerten ist es ferner nicht zu beanstanden, dass hierfür feste Regelleistungsvolumen vorgesehen werden, die auf frühere Abrechnungsquartale Bezug nehmen (vgl. BSG, Urt. v. 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) -, [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#) = [MedR 2006, 603](#) = [NZS 2006, 667](#), juris Rdnr. 23 m.w.N.). Zu beachten ist ferner, dass diese Regelleistungsvolumen nur einen sehr geringen Teil des klägerischen Honoraranspruchs ausmachen. Im Quartal III/03 sind im Bereich des strittigen Regelleistungsvolumens lediglich 15.400 Punkte abgerechnet worden, von denen 5.100 Punkte zum oberen und 10.300 Punkte zum unteren Punktwert abgerechnet wurden

Im Ergebnis war die Klage daher insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Berufung war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen nach [§ 144 SGG](#) nicht vorliegen. Die Kammer geht dabei davon aus, dass der Berufungss Streitwert von 500 Euro nicht erreicht wird.

Die Streitwertsetzung erfolgte auf den gesetzlichen Grundlagen.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Nach Praxis der Kammer ist der Streitwert bzgl. der Quotierungsmaßnahmen, die letztlich nicht zur Anwendung kommen, auf 1.000 Euro pro Quartal festzusetzen. Hinsichtlich der zunächst angegriffenen Fallzahlbegrenzung ergibt dies 3.000 Euro und hinsichtlich des Regelleistungsvolumens für das Quartal IV/02 weitere 1.000 Euro.

Für die noch streitigen Quartale wird der Streitwert auf ca. 400 Euro geschätzt.

Im Quartal I/03 wurde das Punktezahlvolumen des unteren Punktwertes um ca. 1,059 Cent geringer vergütet, bei 21.060,0 Punkten entspricht dies einem Differenzbetrag von 223,03 Euro. Im Quartal II/03 wurde das Punktezahlvolumen des unteren Punktwertes um ca. 1,719 Cent geringer vergütet, bei 10.300,0 Punkten entspricht dies einem Differenzbetrag von 177,06 Euro. Zusammen: 400,09 Euro.

In der Summe ergab dies den festgesetzten Streitwert.

Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2007-10-12